

la longueur du pouce, on y fait un nœud, et on la fixe sur la joue avec une mouche de taffetas d'Angleterre. On laisse les choses dans cet état jusqu'à ce que la douleur causée par l'opération soit apaisée, ce qui ordinairement arrive au bout de deux ou trois jours. Alors on attache à l'extrémité inférieure de la soie une mèche composée de trois ou quatre fils de coton, longs de deux pouces et demi, et qu'on enduit de cérat, ou d'un mélange d'huile d'amandes et d'onguent diapalme. Cette mèche est attachée inférieurement à un fil qui sert à l'entraîner au dehors à chaque pansement. En tirant la soie en haut, on fait monter la mèche dans le canal nasal, et jusqu'à la partie supérieure du sac. On la renouvelle toutes les vingt-quatre heures, et l'on a soin d'en augmenter la grosseur progressivement pendant six semaines ou deux mois, jusqu'à ce que le canal soit assez libre pour qu'une grosse mèche y entre facilement, et qu'elle n'entraîne plus de matière purulente.

Malgré les succès que Méjan et d'autres chirurgiens disent avoir obtenus de cette méthode, on y a reconnu des inconvénients qui ont porté les praticiens à l'abandonner presque entièrement. Ces inconvénients sont : 1° la difficulté de faire parvenir le stylet jusqu'à l'endroit où le canal nasal est obstrué : cette difficulté résulte de l'angle que forme le conduit lacrymal avec la paroi interne du sac, par laquelle le stylet est arrêté, en sorte que si l'on veut forcer la résistance qu'oppose cette paroi, l'extrémité du frêle instrument se replie sur elle-même, et on a de la peine même à le retirer; 2° l'impossibilité de faire passer le stylet à travers la partie obstruée, lorsque l'obstruction est ancienne, considérable, et que l'extrémité de l'instrument est mousse; 3° la crainte de faire une fausse route si l'on se sert alors d'un stylet pointu comme une épingle; 4° les douleurs qui résultent du passage du stylet, de l'action de l'instrument avec lequel on saisit son extrémité sous le cornet inférieur, et l'introduction de la mèche pendant les premiers pansements; 5° enfin l'irritation produite par la présence du fil de soie, d'où résultent l'engorgement des paupières, l'ophthalmie et quelquefois le déchirement du conduit lacrymal.

Pallucci est l'inventeur du procédé suivant. On introduit par le point lacrymal supérieur jusque dans le nez, une canule d'or de trois pouces de long, de la grosseur des conduits lacrymaux, renfermant un stylet ou un fil de même métal; lorsque l'extrémité de la canule est parvenue dans la fosse nasale, on retire le stylet, et on introduit à sa place une corde à boyau, assez fine pour glisser aisément dans

la canule et pénétrer dans le nez, d'où le malade la chasse en se mouchant ou en éternuant; et si elle n'est pas expulsée de cette manière, le chirurgien la tire avec une érigne mousse. Au bout de quelques jours on substitue à la corde à boyau un fil de soie qui sert à conduire les mèches comme ci-dessus. Ce procédé offre tous les inconvénients de celui de Méjan, et la plupart même à un plus haut degré. Il est tombé en désuétude.

La méthode de Laforest consiste à rétablir le cours des larmes par le canal nasal, en introduisant dans ce canal, par le nez, des sondes pleines, et en y poussant des injections au moyen d'algalies recourbées. On a vu, comme Louis nous l'apprend, Allouel, professeur de chirurgie à Gênes, revendiquer dans l'Académie royale de chirurgie, contre Laforest, la priorité de l'usage de sonder le canal nasal par le nez; mais Bianchi le faisait dès l'année 1716; il avait de plus reconnu la possibilité de faire des injections par le nez dans ce conduit, sans toutefois qu'il eût exécuté; mais il en avait eu expressément l'idée.

Les instruments nécessaires pour cette méthode sont quelques sondes pleines, de différentes longueurs et grosseurs, proportionnées au diamètre du canal nasal, et dont une est percée à son extrémité pour passer un séton par la fistule; trois sondes creuses de diverses grosseurs, portant à leur concavité un anneau dans lequel on passe un fil qui sert à les assujettir; enfin, une seringue avec un long siphon propre à être introduit dans les sondes creuses. Toutes ces sondes sont recourbées dans presque toute leur longueur en manière d'arc de cercle, à peu près comme les algalies dont on se sert pour sonder la vessie chez les hommes.

L'opération de Laforest est simple; mais pour l'exécuter avec facilité et promptitude, il faut avoir une connaissance exacte de la structure, de la situation des parties, et des variations dont elles sont susceptibles. Voici de quelle manière on la pratique.

Le malade étant assis sur une chaise, la tête un peu renversée et appuyée contre la poitrine d'un aide, le chirurgien prend une sonde pleine dont la longueur, la grosseur et la forme, sont subordonnées à l'âge du malade, à l'état naturel et même à l'état pathologique des voies lacrymales; il la tient avec les trois premiers doigts de la main droite, si la maladie est à droite, et de la main gauche, si elle est à gauche. Il porte l'instrument dans le nez, de haut en bas et de dedans en dehors, de manière à l'engager au-dessous du cornet inférieur.

Quand il y est parvenu, on lui fait faire un demi-tour assez semblable à celui par lequel on pousse une algalie dans la vessie urinaire : le bout intérieur de la sonde doit glisser de bas en haut et de dedans en dehors, et pénétrer dans l'orifice inférieur du canal nasal, pendant que son bout extérieur est porté en bas et un peu en dedans. L'on connaît que le bout de la sonde est dans le conduit, lorsqu'elle sera immobile sous le cornet inférieur, et qu'on ne pourra l'y faire vaciller. Il reste encore à lui faire parcourir toute la longueur du conduit nasal, et à la faire monter jusque dans le sac; on y parvient en lui faisant exécuter une espèce de mouvement de bascule et en lui imprimant de petites secousses; on reconnaît au toucher qu'elle est arrivée dans le sac. On laisse la sonde pendant plusieurs jours dans les voies lacrymales pour détruire l'obstruction; on la remplace ensuite par une algalie au moyen de laquelle on fait, plusieurs fois dans la journée, des injections dont on continue l'usage aussi longtemps que cela paraît nécessaire.

L'exécution de cette opération est en général très-facile sur le cadavre; mais elle ne l'est pas, à beaucoup près, autant sur le vivant; un chatouillement pénible et presque insupportable, l'irritation, l'excoriation, l'inflammation, le boursoufflement de la membrane pituitaire, la fracture du cornet inférieur, en sont les suites ordinaires et presque inévitables. Outre ces inconvénients, plusieurs obstacles peuvent s'opposer à l'introduction de la sonde. Ces obstacles viennent de l'étroitesse naturelle de l'orifice inférieur du canal nasal, des engorgements, des callosités ou des adhérences des parois de ce conduit, du resserrement des fosses nasales, de la position vicieuse de la cloison de ces fosses, qui quelquefois est si fort inclinée, qu'elle presse l'un des cornets de telle sorte que son rebord inférieur touche la portion de l'os maxillaire qui fait la séparation de la narine et du sinus maxillaire; de la proportion qu'il faut trouver entre la sonde et le canal nasal; enfin de la grandeur ou de la situation trop basse des cornets inférieurs, laquelle est telle parfois, que la sonde, de quelque manière qu'on s'y prenne, glisse sur le cornet au lieu d'entrer au-dessous, et par conséquent à l'endroit où se trouve l'orifice inférieur du canal nasal. Parmi ces obstacles, il en est qui peuvent être surmontés, lorsqu'ils sont connus, pendant qu'il y en a d'autres qu'il est impossible de vaincre, et qui rendent l'opération absolument impraticable.

Cette méthode peut réussir dans les tumeurs lacrymales qui dépendent de l'engouement du canal nasal par de la matière muqueuse; mais elle est ordinairement sans succès dans celles qui ont pour cause le rétrécissement ou l'oblitération de ce conduit. Aussi est-elle presque entièrement abandonnée aujourd'hui.

Cabanis a modifié la méthode de Laforest, en la combinant avec celle de Méjan. Il a fait exécuter une sonde flexible couverte d'un velin extrêmement fin, qu'il assujettit sur la sonde pleine avec de la soie non torse. L'extrémité de cette sonde est garnie de deux petites anses qui servent à attacher le fil passé par le point lacrymal supérieur, et avec lequel on tire la sonde en haut et on la place dans le canal nasal; on fait ensuite des injections par cette sonde dans les voies lacrymales. Ce procédé est véritablement une perfection de la méthode de Laforest: il est certain que la sonde introduite de cette manière pénètre avec facilité; qu'elle n'expose point à des tâtonnements incommodés et douloureux, ni à irriter ou déchirer la membrane pituitaire, ni à briser le cornet inférieur. Mais cet avantage est contrebalancé par la difficulté avec laquelle on passe le fil dans les conduits des larmes, et par les accidents auxquels cette première partie de l'opération peut donner lieu. Et lorsque ce fil est passé, quel avantage y a-t-il à se servir d'une canule flexible pour dilater le canal nasal? Ne parvient-on pas plus facilement et plus sûrement à ce but en employant des mèches dont on augmente la grosseur successivement? Au reste, le procédé de Cabanis, quoique imaginé pour perfectionner les méthodes de Méjan et de Laforest, est encore plus oublié que ces méthodes mêmes.

Les chirurgiens, avant Petit, ne songeaient point à rétablir le cours naturel des larmes, lorsque les trop faibles et trop flexibles stylets d'Anel ne pouvaient point forcer l'obstacle par lequel le canal nasal était bouché; ils pratiquaient alors une nouvelle route en brisant l'os unguis, presque toujours sans nécessité et sans raison, sur la fausse idée que la maladie avait pour cause, ou au moins qu'elle était toujours accompagnée de la carie de cet os. La méthode substituée par Petit à la perforation de l'os unguis consiste à rétablir le cours naturel des larmes en débouchant le canal nasal avec une sonde et des bougies introduites par une ouverture faite au sac lacrymal, au-dessous du tendon du muscle orbiculaire des paupières. Cette méthode est fondée, comme on voit, sur la structure des parties, et sur le mé-

canisme de leurs fonctions qu'elle tend à rétablir. Voici la manière d'opérer suivant Petit. Le malade assis sur une chaise appuie sa tête contre la poitrine d'un aide qui entrelace ses doigts sur son front afin de le contenir fermement. Un autre aide tend les deux paupières en les tirant vers l'angle externe : on voit alors le tendon du muscle orbiculaire ; c'est au-dessous de ce tendon qu'on commence l'incision ; elle doit avoir six ou huit lignes, et suivre la direction du bord de l'orbite. Cette incision pénètre dans le sac. Le bistouri dont Petit se servait avait une légère cannelure sur le plat de la lame près du dos ; et comme le dos doit toujours être tourné du côté du nez, il avait deux bistouris cannelés, un pour chaque côté. La pointe du bistouri étant parvenue dans la partie supérieure du canal nasal, la sonde cannelée taillée en pointe comme le bout d'un cure-dent de plume, est poussée sur la cannelure du bistouri dans le canal nasal, jusque sur le plancher des fosses nasales. En faisant faire quelques mouvements à la sonde on détruit tous les obstacles, et sa cannelure favorise ensuite l'introduction d'une bougie. On change chaque jour cette bougie qu'on enduit du médicament qu'on juge convenable. Il y a des praticiens qui emploient un stylet de plomb pour cicatrizer la surface interne du canal. Enfin, lorsque la plaie ne fournit plus de matière purulente, on cesse l'usage des bougies ou du stylet de plomb ; les larmes reprennent leur cours naturel, de l'œil dans le nez, et la plaie extérieure se réunit en peu de jours.

Telle est la méthode que Petit employait contre la tumeur et la fistule lacrymales simples. Quand la maladie était compliquée, il modifiait cette méthode suivant la nature de la complication. Si l'ouverture de la fistule est simple, il faut se contenter de la comprendre dans l'incision semi-lunaire des téguments ; mais si elle est bordée de chairs fongueuses ou calleuses, ces chairs doivent être détruites, non avec des cathérétiques, dont l'effet peut s'étendre au delà du mal, mais au moyen de l'instrument tranchant avec lequel on les emporte en une seule fois, en ménageant la peau qui n'est point altérée, le sac et les conduits lacrymaux.

La portion de l'os unguis qui forme la gouttière lacrymale peut être dénudée ou cariée ; lorsqu'elle est simplement dénudée, suivant Petit, elle se recouvre quelquefois sans s'exfolier, si l'on a soin d'empêcher le séjour de la sanie en pansant mollement et souvent, et en prévenant ou en combattant l'inflammation par les remèdes conve-

nables. Si l'os ne se recouvre pas, on attend l'exfoliation, et si elle est tardive, on la provoque par les moyens dont on fait usage dans la carie.

Dans cette dernière complication, Petit attendait que l'inflammation fût dissipée et la suppuration bien établie ; il se servait ensuite d'un instrument long et très-étroit, ayant la forme d'un burin à l'un de ses bouts, et à l'autre celle d'un ciseau. Il portait sur l'os celui des bouts qu'il croyait convenable, ou pour piquer, ou pour racler, ou même pour détruire l'os en endommageant les chairs le moins possible. Il enlevait ensuite les esquilles les plus grosses, et livrait les autres à la suppuration. Ces manœuvres sont faciles, lorsqu'elles ne s'exercent que sur l'os unguis ; mais si l'apophyse montante de l'os maxillaire est altérée, il faut plus de dextérité, de temps et de patience.

Il est extrêmement rare que la tumeur et la fistule lacrymales soient compliquées de l'obstruction ou de l'oblitération des points et des conduits lacrymaux. Quand cela a lieu, on le reconnaît au larmolement abondant et continu, à la quantité de matière qui sort par la fistule lorsqu'il en existe une, et surtout à l'impossibilité de faire pénétrer la sonde ni les injections dans le sac. Lorsque les deux points lacrymaux sont entièrement effacés, le mal est incurable : il restera même après la guérison de la fistule ou de la tumeur un larmolement perpétuel. Lorsque les points lacrymaux sont ouverts et que les conduits seuls sont bouchés, on doit faire en sorte de les dés-obstruer avec la sonde d'Anel, et en y faisant des injections. Si la sonde avance beaucoup dans ces conduits et qu'elle ne soit arrêtée que vers le canal commun qui les unit au sac lacrymal, Petit conseille de forcer un peu pour entrer dans le sac, et il dit l'avoir fait plusieurs fois avec succès. Dans un cas de cette espèce, après avoir passé le stylet jusque dans le sac, il introduisit un fil d'or à la place du stylet avec lequel il avait forcé le conduit, il poussa ce fil assez avant dans le sac pour le pouvoir tirer hors du trou fistuleux avec une petite curette un peu recourbée qu'il introduisit par la fistule ; il coupa ce fil à un travers de doigt du point lacrymal et de la fistule ; il replia l'un et l'autre bout, et il les enveloppa d'un petit linge, de manière qu'ils ne pussent pas blesser l'œil. Pour rendre son opération complète, Petit voulut en faire autant au point lacrymal supérieur, mais il ne put jamais y passer la sonde ; cependant le malade guérit sans épiphora.

Une méthode qui a pour objet le rétablissement des parties dans leur état naturel, et dont l'exécution est simple et peu douloureuse, ne pouvait manquer d'entraîner tous les suffrages. Aussi à peine la méthode de Petit fut-elle connue, que les praticiens les plus éclairés s'empressèrent de l'adopter. Cependant on s'aperçut bientôt qu'elle était susceptible d'être perfectionnée. On lui a fait subir diverses modifications par lesquelles on s'est proposé d'en rendre encore l'exécution plus sûre, plus facile, le succès plus certain et les suites moins désagréables. Parmi ces modifications, les unes ont rapport à l'incision du sac lacrymal, les autres aux moyens propres à déboucher et à dilater le canal nasal.

L'idée de désobstruer le canal nasal avec un instrument introduit par une incision faite au sac lacrymal se présenta presque en même temps à Petit et à Monro; et pendant que le premier de ces deux savants et habiles chirurgiens communiquait à l'Académie royale des sciences sa méthode d'opérer, le second faisait connaître à la Société d'Édimbourg une opération semblable pour le fond, et différente seulement par quelques circonstances accessoires. Monro ayant remarqué que quelques précautions qu'il prit pour empêcher le sac de se vider, la simple pression de son instrument faisait sortir les larmes par les points lacrymaux et affaissait la tumeur; qu'il lui eût été difficile d'ouvrir le sac sans s'exposer à couper en même temps sa partie postérieure et à laisser la gouttière de l'os unguis à nu, Monro introduisait une petite sonde dans l'un des points lacrymaux, et la donnait à un aide pour soutenir le sac, en poussant en dehors sa paroi externe; avec un petit bistouri pointu, courbe et bien tranchant, il coupait les téguments ainsi tendus et arrivait jusqu'à la sonde; il prenait alors des ciseaux courbes, et introduisant une sonde cannelée dans le sac, il dilatait l'incision en haut d'abord, ensuite en bas, jusqu'à ce que le sac fût ouvert dans toute sa longueur. Les craintes de Monro n'ont point été partagées par d'autres chirurgiens; aucun, que je sache, n'a adopté l'introduction de la sonde dans le sac lacrymal pour en faciliter l'incision; elle a été rejetée comme une complication inutile et douloureuse. On a également regardé comme inutile l'étendue que Monro donnait à l'incision: on a senti qu'il n'était pas nécessaire d'ouvrir le sac dans toute sa longueur, et qu'une incision aussi grande, et dans laquelle le tendon du muscle orbiculaire était compris, laissait une cicatrice, ce qu'il faut éviter autant que possible.

Pouteau, ayant inutilement tenté de passer un séton par les points lacrymaux sur une dame qui avait une tumeur lacrymale, n'osa proposer l'ouverture du sac suivant la méthode de Petit, parce qu'il était bien sûr de trouver la plus forte opposition de la part de la malade. La nécessité lui inspira le procédé suivant. Il plongea une lancette dans le sac lacrymal, entre la caroncule et la paupière inférieure intérieurement, et l'enfonça profondément en lui donnant une direction oblique vers le fond du sac. Il glissa une sonde à aiguille sur le plat de la lancette dans le conduit nasal; après avoir retiré la lancette, il déboucha facilement le conduit, et, poussant la sonde perpendiculairement, il la fit parvenir dans le nez. Cette dame guérit parfaitement, sans autre accident qu'un petit engorgement avec ecchymose. Depuis, Pouteau a continué d'inciser le sac lacrymal entre la paupière inférieure et le globe de l'œil, et il attribue à cette manière d'opérer beaucoup d'avantages, entre autres celui d'éviter la difformité d'une cicatrice; mais cet avantage est léger en comparaison de l'irritation, des douleurs, de l'inflammation, de l'engorgement à la conjonctive, à l'œil, etc., que doivent causer l'introduction et le séjour des bougies, ou la présence du fil avec lequel on tire le séton de bas en haut pour le faire monter dans le canal nasal. Aussi la méthode de Pouteau est-elle abandonnée: on peut même dire qu'elle n'a jamais eu de crédit, malgré la réputation de son auteur. On s'en est donc tenu, pour l'incision du sac lacrymal, au procédé de Petit; mais on a remarqué qu'une incision de six lignes était inutile, et qu'il suffisait, dans la plupart des cas, de lui donner une étendue suffisante pour permettre l'introduction de la sonde avec laquelle on débouche le canal nasal et celle de la canule qui sert à passer un fil dans les voies lacrymales. Petit y introduisait une sonde avec laquelle il débouchait le canal nasal. Monro veut qu'après avoir ouvert le sac on examine attentivement sa surface interne, et si l'on remarque qu'elle soit fongueuse et ulcérée, qu'on la remplisse mollement avec des bourdonnets chargés de remèdes détersifs, dessiccatifs ou fortifiants, selon l'état du sac. Dans ce cas, il regarde comme inutile de passer des sondes, des bougies ou des sétons dans le conduit nasal. Il conseille de tenir les lèvres de la plaie fraîches par le moyen de la pierre infernale, tandis qu'on cherche à guérir la maladie du sac par l'usage des topiques convenables. L'ouverture faite aux téguments se ferme peu de temps après qu'on a cessé d'y introduire des bourdonnets, lorsque le sac est

rétabli dans son état naturel. Ce savant et habile chirurgien assure avoir employé cette méthode avec succès. Louis nous apprend qu'elle lui a réussi trois fois. « Je me suis contenté, dit-il, de faire l'ouverture du sac; je savais que le conduit nasal n'était qu'engoué, parce que la compression de la tumeur avait quelquefois fait passer de la matière purulente dans la narine. » Nous ne voulons point contester les succès que Monro et Louis disent avoir obtenus. Ces grands praticiens disent avoir réussi, et nous devons les croire; mais nous devons aussi faire remarquer que les cas où cette méthode pourrait avoir du succès sont très-rares, et que presque toujours, après avoir incisé le sac lacrymal, il faut déboucher le canal nasal.

Nous avons vu précédemment que Petit se servait, pour déboucher le canal, d'une sonde cannelée, très-peu mousse ou même pointue, au moyen de laquelle il portait ensuite une bougie dans ce canal. Lorsque l'obstacle ne peut pas être surmonté avec une sonde ordinaire, au lieu de la sonde pointue dont Petit faisait usage, Monro recommande de se servir d'une petite alène de cordonnier ou de quelque autre instrument semblable. Je pense que les cas où l'on pourrait être obligé d'employer la sonde pointue de Petit ou l'instrument de Monro doivent être extrêmement rares. Je suis presque toujours parvenu à déboucher le canal avec la sonde cannelée qu'on nomme sonde à panaris, et souvent même avec un stylet mousse beaucoup plus gros que cette sonde.

Il ne suffit pas de déboucher le canal nasal; il faut encore le dilater, le rétablir dans son diamètre naturel. On s'est servi pour cela de bougies, de tentes, de canules et de sétons. Petit faisait usage d'une bougie emplastique, plus mince vers le bout par lequel elle entre dans le canal nasal qu'à l'autre, auquel il attachait un fil. Cette bougie, dont on augmentait la grosseur progressivement, était changée tous les jours, et l'on n'en cessait l'usage que lorsqu'on croyait que la surface interne du canal était bien cicatrisée. Monro conseille de tenir le canal nasal ouvert par le moyen d'une tente ou d'un séton. Il est des praticiens qui, au lieu de bougies ou de tentes, se sont servis d'une sonde de plomb d'une forme conique, dont la grosse extrémité, terminée par une tête aplatie qui s'appliquait sur la peau, empêchait la sonde de descendre. Cette sonde doit être assez longue pour dépasser l'extrémité inférieure du canal nasal. On la retire tous les trois ou quatre jours, et on la remplace par une plus grosse; on n'en cesse

l'usage que lorsqu'on juge que le canal nasal est suffisamment dilaté pour laisser tomber librement les larmes dans le nez. Les bougies, les tentes et la sonde de plomb, ayant une forme conique, leur extrémité la plus mince correspond au canal nasal qu'on se propose de dilater, pendant que leur grosse extrémité tient les bords de la plaie écartés, les irrite en les comprimant, ce qui rend ensuite sa guérison longue, difficile, et la cicatrice plus apparente. D'un autre côté, comme ces corps dilatants sont introduits de haut en bas, ils renversent les bords de la plaie vers le sac lacrymal, et donnent à cette plaie une forme conique, en sorte que la cicatrice qui en résulte présente une dépression désagréable.

On a pensé qu'on pourrait éviter ces inconvénients, et assurer en même temps le passage des larmes, en plaçant et en laissant dans le canal, après l'avoir débouché, une canule d'or ou d'argent, sur laquelle on laisse la plaie faite à la peau et au sac lacrymal se cicatriser. Louis nous apprend que Foubert s'est servi de ce moyen avec fruit, et qu'il a vu des personnes qui, s'étant mouchées fortement quelques mois après leur guérison, furent surprises de rendre une canule qu'elles ne savaient pas avoir été laissée dans le conduit des larmes. On a regardé la canule comme propre non-seulement à donner passage aux larmes, mais encore à réprimer les chairs qui pourraient s'élever des parois du conduit et à soutenir les téguments amincis et repliés en dedans par l'usage des bougies. Il y a, dit Louis, un préjugé qui n'est pas sans fondement contre l'usage des canules: ce sont des corps étrangers qui entretiennent quelquefois, surtout dans les sujets mal constitués, des fluxions et des inflammations dangereuses. Cet inconvénient n'est pas le seul que puisse produire la canule: si elle vient à être bouchée par des mucosités, les larmes sont retenues, et la plaie ne se ferme point, ou si elle se ferme, la cicatrice ne tarde pas à se rompre. Souvent aussi la canule, ne remplissant pas exactement le canal nasal, remonte dans le sac lacrymal, s'insinue sous les téguments, et donne lieu à un abcès dont il faut faire l'ouverture pour retirer, s'il est possible, ce corps étranger; ou bien, ce qui est plus rare, la canule descend dans la fosse nasale, s'échappe spontanément, ou le malade la fait sortir en se mouchant. Tous ces effets de la canule, que nous avons vus plusieurs fois, ont engagé les praticiens à renoncer à son emploi comme moyen de conduire les larmes dans le nez. Au reste, si on voulait se servir d'une canule dans cette intention,

il faudrait en proportionner la grosseur et la longueur à l'âge du malade, et faire tous les jours des injections par les points lacrymaux, afin d'entraîner les mucosités qui pourraient s'arrêter dans la canule. Si le malade prenait du tabac, on lui recommanderait de n'en point tirer du côté de la canule, et s'il oubliait cette précaution, on lui ferait aspirer de l'eau tiède par la narine.

Entre les différents moyens qu'on a substitués aux bougies dont Petit faisait usage pour dilater le canal nasal, le séton est celui qui paraît le plus propre à remplir cet objet, et c'est aussi celui qui est le plus généralement employé. Nous avons dit que, pour tenir le canal nasal ouvert, Monro veut qu'on se serve d'une tente ou d'un séton. Le séton lui paraît préférable, mais la difficulté était de le placer. Pour la surmonter, il fit faire une sonde flexible, d'argent, d'environ trois pouces de long, courbée en demi-cercle par un bout, et à peu près droite dans la longueur d'un demi-pouce, à sa pointe. Il paraît que cette méthode ne fut jamais qu'un projet, car Monro se contente de dire qu'il a retiré sans beaucoup de peine cette sonde par les narines de plusieurs cadavres, et sans lui faire changer de forme. La grande sensibilité de l'intérieur du nez n'est pas un petit obstacle à l'usage de cet instrument.

Lecat est le premier qui ait employé le séton pour diminuer le canal nasal. Il proposa ce moyen en 1734, dans le *Mercur* du mois de décembre. Louis, en parlant de ce procédé dans les *Mémoires de l'Académie*, dit que la difficulté de faire passer la mèche du sac lacrymal au dehors de la narine l'avait fait abandonner. Mais Lecat réclama contre cette assertion dans le *Journal de médecine* du mois de mai 1759. Il prétendit que Louis avait été trompé par de faux rapports, et il annonça que, depuis 1734, il n'avait pas cessé de traiter la fistule lacrymale sans introduire une mèche dans le canal, toutes les fois que ce canal ne s'était pas trouvé oblitéré ou absolument fermé. Lecat se servit d'abord d'une aiguille d'argent chargée d'un fil, dont il saisissait l'extrémité sous le cornet inférieur avec un crochet mousse; mais, ayant éprouvé quelque difficulté à saisir l'aiguille, il la remplaça par une bougie très-fine de sept à huit pouces de long, et dont il amincissait une extrémité en la roulant entre ses doigts. Il en faisait passer plusieurs pouces dans la fosse nasale afin de pouvoir l'atteindre plus aisément. A l'autre extrémité de la bougie, était attaché le séton, qu'il introduisait dans tout le trajet du canal

nasal, et qu'il faisait sortir par la narine. La modification que Lecat avait apportée à la méthode de Petit fut à peine connue, que presque tous les praticiens s'empressèrent de l'adopter; mais, au lieu de tirer le séton de haut en bas, on pensa qu'il valait mieux le tirer de bas en haut, pour éviter de renverser les bords de la plaie en dedans. Cette modification n'est pas la seule qu'ait éprouvée le procédé de Lecat. On s'est attaché surtout à inventer des moyens propres à passer aisément, et avec le moins de douleur possible, le fil qui doit servir par la suite à conduire le séton dans le canal nasal. Les uns se sont servis du stylet à aiguille de Méjan, et des différents instruments avec lesquels on va saisir l'extrémité inférieure du stylet; les autres ont employé une corde à boyau que l'on pousse le plus avant qu'on peut par le sac et le canal dans la fosse nasale, et que le malade fait sortir par la narine en se mouchant avec force. Desault faisait usage d'une canule, au moyen de laquelle il portait dans la fosse nasale un fil non ciré que le malade faisait sortir en se mouchant fortement. M. Pamard, chirurgien très-distingué d'Avignon, se sert d'un ressort de montre qu'il introduit au moyen de la canule; il tient ce procédé de son père, qui l'avait employé pour la première fois plus de trente ans avant l'époque où l'éditeur des œuvres chirurgicales de Desault en a attribué l'invention à Giraud. Le procédé de Desault et celui de M. Pamard sont ceux qui méritent la préférence; ce sont aussi ceux que nous employons, et que nous décrivons lorsque nous aurons fait connaître la manière dont M. Jurine, chirurgien célèbre de Genève, pratique l'opération de la fistule lacrymale. Il n'emploie qu'un seul instrument pour faire cette opération. En voici la description. A une canule d'or ou d'argent, légèrement courbée, longue de deux pouces et demi, et de trois quarts de ligne de diamètre, est jointe une pointe d'acier, semblable à celle d'un trois-quarts, et percée sur une de ses facettes d'un trou oblong, correspondant à la cavité de la canule; l'autre extrémité de l'instrument, qui est la supérieure, porte deux petites ailes, pour empêcher qu'il ne tourne entre les doigts; cette canule recèle une aiguille d'or fort écrouie, faisant ressort, portant à son bout inférieur une olive, et au supérieur une ouverture pour y passer une soie. Voici la manière de se servir de cet instrument. Le malade étant placé convenablement, on tend légèrement, entre le pouce et l'indicateur de la main gauche, la peau du grand angle de l'œil, et on plonge le trois-quarts dans le sac, à une ligne environ du tendon du muscle orbicu-